

«№4 қапалық емхана»
 мемлекеттік коммуналдық
 кәсіпорыны

Приложение к приказу
 Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 19 декабря 2023 года № 173
 Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Шуақбай Құсар Саморжанұлы
 Национальность қазақ Дата рождения 14.05.21
 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
 Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Юго Запад 1 Арайлы Астана 5.40
 Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя Шадатова Ақсар
 Место работы матери/ законного представителя кабинет
 Телефон матери/ законного представителя 8700682 0901
 Ф.И.О. год рождения отца 3.05.91.
 Место работы отца АЗЭС
 Телефоны отца 8707428-10-42.
 законных представителей _____
 Поликлиника прикрепления ПНЧ.
 Группа крови _____ Резус - фактор _____
 Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

щ, год упления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Эпикриз

Ребенок от III беременности. от IV срочных родов.
 Вес 34 кг, рост 52 см. Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
 но возрасту. Прививки по календарю(по индивидуальному
 графику) Инфекционными заболеваниями болел(не болел)

Переболев ветреной оспой 22.2

На Д.учете состоит(не состоит) не состоит

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы
 не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов
 нет. Соч-тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, без
 болезненный. Стул и диурез в норме.

Д/з- Здорово
 Гр.зд ?
 Ф.р.- Средний
 Ф.гр.- основной
 НПР- ИЧ

Донченко

Исполн. И.И. посетить может Вр:



И.И. Ожарин





«№4 қалалық емхана»
 мемлекеттік
 коммуналдық кәсіпорыны
 Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
 амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 02.07.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

- 2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество пациента): ШУАҚБАЙ КӘУСАР ҚАЙСАРҚЫЗЫ
- 3. Туған күні (Дата рождения): 14.05.2021
- 4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Акайұлы Ақтан Батыра, ДОМ: 40
- 5. Медицинское заключение: Здорова.
- 6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое.
- 7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056



19/50

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Уйымның атауы: коммунальды кәсіпорны
Наименование организации: Батыс дәртігерлік ауқуды орны

КУЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы
«23» қарашаның №907 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысаны медициналық құжаттама

Медицинская документация Формы №063/у
утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2021 жылғы (года) «17» Е есіпке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ПНЛУ Врачебная амбулатория
(для организованных детей наименование детского учреждения) Юно Залар

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Шұрабай Жаусер

2. Туган күні (Дата рождения) 14. Е 2021

3. Мекенжайы: алді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Юно Залар 2
көшесі (улица) Аутомобиль үй(дом) 40 корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8747525 3480

Туберкулез ауруына қарсы екіп / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары		Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық кәсіпорындар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	19м	15.Е.21	905	0378	1.м - қан қымы 3.м - құста қор қымы 6.м - құста қымы 12.м - құста қымы
	қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіп / Прививка против полиомиелита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Серия Серия
3.м 10.07.21	01.07.21	W3C283V	19м	19.07.21	W3C283V	19м		
3.м 10.07.21	01.07.24	W3C283V	19м					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіп / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина қайшылық Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
нашар	11.3.м 10.07.21	01.07.24	0,5	W3C283V	АКДС+КІВ. ИКСВ+ВГ.В	КІВ	КІВ	
егу шына-								

